

NADYESDA DIEHL BRANDÃO

**USO DA “UNIDADE DE PACIENTES EM OBSERVAÇÃO”
DA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO –
UFSC PELA POPULAÇÃO IDOSA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

NADYESDA DIEHL BRANDÃO

**USO DA “UNIDADE DE PACIENTES EM OBSERVAÇÃO”
DA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO –
UFSC PELA POPULAÇÃO IDOSA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do curso: Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Dr. Vanir Cardoso

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Stela Maris Diehl e Claudio Brandão e a minha avó, Leopoldina Luiza Müller Diehl, pela estrutura e apoio que me deram durante todo o processo de realização deste trabalho.

Aos meus tios Gustavo Ramos e Ana Cristina Brandão Ramos, que se dispuseram a ajudar no que fosse necessário.

Aos meus colegas de turma Fabrício Souza Neves, Fernanda Cecato, Marcelo Leandro Gurgacz, Alessandro Mendes Arisa, Sinara Silva Freitas, Jean Carlos Sievert, Leandro Antunes Pinto, Daniel Souza Carvalho, Eduardo Favarin e, em especial, Larissa Alessandra Medeiros e Caroline Ferrari Barbieri, que mesmo envolvidos com seus próprios trabalhos prestaram-me auxílio todas as vezes que a eles recorri.

À Dra. Raquel Duarte Moritz e Dr. Antônio Carlos Marasciulo, que em muito contribuíram nas etapas iniciais deste trabalho.

Aos funcionários do SPP (Serviço de Prontuário do Paciente), sempre prestativos as minhas solicitações.

À Profa.. Sílvia Modesto Nassar, pela sua contribuição nas análises estatísticas.

Ao meu orientador, Dr. Vanir Cardoso, não apenas pela orientação prestada, mas também pelo estímulo e compreensão em momentos de dificuldade e angústia.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS..... IV

1.INTRODUÇÃO.....01

2.OBJETIVOS.....04

3.METODOLOGIA.....05

4.RESULTADOS.....08

5.DISSCUSSÃO.....21

6.CONCLUSÕES.....30

7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....31

NORMAS ADOTADAS.....34

RESUMO.....35

SUMMARY.....36

APÊNDICE 1.....37

APÊNDICE 238

LISTA DE ABREVIATURAS

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

HU – Hospital Universitário

ICC – Insuficiência cardíaca congestiva

DAC – Doença arterial coronariana

EAP – Edema agudo de pulmão

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

TVP – Trombose venosa profunda

VAI – Vias aéreas inferiores

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica

TEP – Tromboembolismo pulmonar

ITU – Infecção do trato urinário

AVC – Acidente vascular cerebral

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

1. INTRODUÇÃO

O século vinte foi marcado por uma série de mudanças nos padrões de crescimento demográfico que trouxe como resultado final um aumento significativo na parcela de idosos na população mundial. Tais mudanças podem ser explicadas por um fenômeno que Omran ¹, em 1971, definiu como transição epidemiológica. Conceitualmente, a teoria da transição epidemiológica focaliza as complexas mudanças nos padrões de saúde e doença e nas interações entre esses padrões e suas determinantes demográficas, econômicas e sociais. Essa teoria parte da premissa que a mortalidade é o fator fundamental na dinâmica populacional. Gradualmente as flutuações na mortalidade tornaram-se menos freqüentes e mais lentas, traduzindo-se posteriormente por um aumento na expectativa de vida. Convém ressaltar que tal declínio da mortalidade ocorreu em épocas e velocidades diferentes para os países desenvolvidos e para aqueles em desenvolvimento, sendo lento ao longo dos dois últimos séculos para aqueles primeiros e mais rápido para os últimos, especialmente a partir da II Guerra Mundial. Durante a transição, ocorreram também mudanças nos padrões das doenças que atingiam a população. As doenças infecciosas (incluindo tuberculose e diarreia) foram cedendo lugar aos distúrbios crônico-degenerativos (entre eles câncer e doenças cardiovasculares) como forma principal de morbidade e causa primária de morte. Tal fato também ocorreu sob a influência de fatores diferentes para os dois grandes grupos de países. Determinantes sócio-econômicos, políticos e culturais, incluindo modo de vida, hábitos de saúde, higiene e nutrição tiveram papel decisivo na transição dos países desenvolvidos. Avanços na área da saúde, como medidas preventivas e curativas usadas no combate à doença, incluindo melhorias no saneamento público, imunizações e o desenvolvimento de terapias decisivas, tiveram seu lugar num

período mais tardio da transição dos países desenvolvidos, mas sua influência foi mais proeminente na acelerada transição dos países em desenvolvimento.^{1,2}

Sendo assim, a transição epidemiológica tem um efeito profundo sobre o sistema de saúde. A emergência de doenças crônico-degenerativas que está diretamente relacionada ao envelhecimento populacional, aumenta a necessidade de serviços mais complexos, como os hospitais. A crescente demanda para recursos humanos mais especializados e tecnologias mais elaboradas, as quais não são necessariamente as mais efetivas, tende a aumentar os custos.³

Justamente pelo fato de ter ocorrido mais recentemente, a transição demográfica apresenta-se em uma etapa intermediária em grande parte dos países em desenvolvimento, entre os quais inclui-se o Brasil, de modo que ainda é dada maior ênfase à saúde das crianças e adolescentes. Por outro lado, países que se encontram em uma etapa mais adiantada da transição demográfica já reconheceram a necessidade de implantar modelos de prestação de serviços dirigidos aos idosos.⁴

Porém, o Brasil já conta com uma parcela aumentada de idosos na sua população. Segundo dados do IBGE comentados por Flávia Barbosa em 1998⁵, o grupo de idosos no Brasil em 1992 era 7,9 % da população, em 1997 passaram a representar 8,6 %, com as pessoas de 60 anos ou mais apresentando um crescimento de 18 %.

Dado esse crescimento da população idosa, o número de visitas nos serviços de Emergência pelos idosos tende a aumentar tanto em número absoluto quanto na proporção do total de visitas.⁶ Esse fato traz muitas implicações para a organização do Sistema de Saúde.

Conforme estudo realizado na Fundação Oswaldo Cruz no período de abril de 1998 a março de 1999⁷, que descreve um perfil de internações de idosos em todo Brasil, essas corresponderam a um custo de 828,8 milhões de reais, representando

20,2% do gasto total do SUS (Sistema Único de Saúde) com hospitalizações nesse período.

Desse modo, cabe ressaltar a urgente necessidade de criar-se em nosso país um serviço de saúde preparado para receber essa demanda aumentada da população idosa, levando-se em consideração as peculiaridades que envolvem o paciente geriátrico. Os padrões de uso dos serviços de saúde, principalmente no âmbito dos serviços de Emergência, diferem entre os pacientes idosos e não idosos. Os pacientes jovens são vistos principalmente por problemas cirúrgicos e traumas menores, enquanto que nos pacientes idosos as cardiopatias isquêmicas e enfermidades cerebrovasculares são as principais causas de disfunção, seguidas pelas neoplasias e enfermidades respiratórias, principalmente pneumonias.^{4, 8}

O caráter de cronicidade das enfermidades que envolvem o paciente geriátrico deveria direcionar a organização de um sistema de saúde voltado para a prevenção, de modo a reduzir a morbidade de diversas doenças, diminuindo o número de incapacitações e invalidez e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.²

Além disso, uma atuação preventiva acarretaria uma redução de gastos, pois muitas vezes o idoso necessita de cuidados emergenciais devido à descompensação de quadros crônicos que deveriam estar sendo acompanhados e controlados em nível ambulatorial, sabendo-se que são maiores as despesas envolvidas com equipamentos, medicações e pessoal médico treinado em um serviço de Emergência.

Apesar do reconhecimento de todas essas questões, ainda são poucos os dados disponíveis acerca do paciente idoso em um serviço de Emergência.⁹

Dessa maneira, uma identificação mais precisa de quais enfermidades estão fazendo o indivíduo idoso procurar os serviços de Emergência permitiria a elaboração de um plano de ação voltado para a prevenção e controle dessas enfermidades, quando possível.

2 . OBJETIVOS

Determinar os principais diagnósticos que motivaram a internação de pacientes idosos na “Unidade de Pacientes em Observação” da Emergência do Hospital Universitário – UFSC durante o ano de 2000 , além de avaliar nesses pacientes suas características demográficas e sócio-econômicas como idade, gênero, estado civil, procedência, condição de aposentado ou não; presença e quantidade de comorbidades; destino após saída da Unidade e realização ou não de acompanhamento ambulatorial prévio nesse hospital .

3 . METODOLOGIA

Foi realizado um estudo retrospectivo, transversal do tipo descritivo, coletando-se dados referentes às internações de pacientes idosos na “Unidade de Pacientes em Observação” da Emergência do Hospital Universitário – UFSC durante o período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2000.

A Unidade de Pacientes em Observação é um espaço que foi inicialmente criado com o objetivo de atender aos pacientes que chegam à Emergência do Hospital Universitário em condição clínica instável, de modo que não podem ser liberados para tratamento domiciliar, necessitando de um nível de assistência em que se possa rapidamente intervir no caso de intercorrência, com médicos e enfermeiros presentes em tempo integral e habilitados a trabalhar em situações de emergência. Sendo assim, teriam indicação de internação na Unidade aqueles pacientes que requerem tratamento a nível hospitalar, mas que precisam de uma assistência mais direta do que aquela oferecida nas enfermarias, porém ainda não necessitam dos cuidados de uma Unidade de Terapia Intensiva. No entanto, em virtude do desequilíbrio entre demanda de pacientes e oferta de leitos, muitos pacientes menos graves, que preencheriam critérios de internação nas enfermarias acabam permanecendo na Unidade de Observação até conseguiram uma vaga, uma vez que nesse setor a rotatividade de pacientes é alta havendo maior possibilidade de leitos disponíveis.

Através do livro de registro da Unidade foram obtidos os nomes dos pacientes internados durante o período estudado, a seguir realizou-se uma pesquisa nos arquivos do SPP (Serviço de Prontuário do Paciente) para busca de informações a fim de selecionar as internações a serem estudadas.

Foram considerados critérios de exclusão :

⇒ internação de pacientes com idade inferior a 60 anos;

⇒ internação por período inferior a 24 horas a partir do momento da internação;

⇒ internação de pacientes que foram a óbito em período inferior a 24 horas a partir do momento da internação.

Considerou-se, neste trabalho, como idoso o indivíduo de 60 anos ou mais de acordo com os critérios estabelecidos para países em desenvolvimento na Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, que foi realizada em Viena (Áustria), em julho / agosto de 1982. ²

A definição dos dois últimos critérios de exclusão baseia-se no fato de que a história de tais internações não é registrada em prontuário.

Baseando-se nesses critérios foram selecionadas 246 internações. Dessas, 24 corresponderam a reinternações, sendo 222 o número de pacientes diferentes internados. Foram analisados os dados referentes a cada uma das internações, mesmo que algumas delas tenham tratado de reinternações de um mesmo paciente, uma vez que este pode apresentar diagnósticos diferentes a cada internação. Sendo assim o número de casos trabalhado foi 246.

Foi elaborado um questionário para coleta de dados dos prontuários, que abrangeu dados demográficos e sócio-econômicos dos pacientes internados (idade, gênero, estado civil, procedência, condição de aposentado ou não), diagnóstico(s) de internação, presença de comorbidades, destino do paciente e realização de acompanhamento ambulatorial prévio no HU ou não. Tal questionário pode ser encontrado no capítulo Apêndice 1.

Os diagnósticos encontrados foram classificados de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão (CID – 10).

Os dados foram analisados através do programa Statistica ® versão 8.0 e os gráficos foram construídos através do programa Microsoft Excel ® versão 7.0.

A bibliografia utilizada como referência constitui-se de artigos pesquisados através da Internet e livros de conteúdo relacionado à Geriatria.

Constituem possíveis fontes de erro o fator sazonal, que pode influenciar na frequência dos problemas de saúde, fato que se tentou minimizar analisando as internações no decorrer de um ano inteiro. Também deve ser mencionado o número de dados ausentes nos prontuários, o que obrigou inclusive a restringir o questionário inicialmente idealizado.

O projeto deste trabalho foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina , obtendo sua aprovação em 23 de abril de 2001. Tal documento pode ser encontrado no capítulo Apêndice 2.

4 . RESULTADOS

Das 246 internações analisadas, 24 (9,8 %) corresponderam a reinternações, sendo 222 o número de pacientes diferentes internados.

Do total de 222 pacientes, 204 (91,9 %) tiveram apenas 1 internação no período estudado, 15 (6,8 %) tiveram 2 internações, 2 (0,9 %) tiveram 3 internações e 1 (0,4 %) teve 6 internações, sendo 18 o número de pacientes que retornou .

4.1. Dados demográficos e sócio-econômicos:

Dentre as 246 internações, 85 (34,6 %) eram de pacientes do gênero masculino e 161 (65,4 %) do gênero feminino. (vide TABELA I)

TABELA I - Distribuição por gênero dos pacientes com 60 anos ou mais internados na Unidade de Pacientes em Observação da Emergência do HU-UFSC durante o ano de 2000.

GÊNERO	NÚMERO	%
Masculino	85	34,6
Feminino	161	65,4
Total	246	100

Fonte: SPP (Serviço de Prontuário do Paciente) - HU-UFSC, 2001.

A idade variou de 60 anos, o mínimo de idade estabelecido para ser incluído na pesquisa, a 95 anos, com uma média de 74,4 anos e um desvio padrão de 8,66.

TABELA II - Distribuição por faixa etária dos pacientes com 60 anos ou mais internados na Unidade de Pacientes em Observação da Emergência do HU-UFSC durante o ano de 2000.

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO	%
60 – 69 anos	81	32,93
70 - 79 anos	102	41,46
80 anos ou mais	63	25,61
Total	246	100

Fonte: SPP (Serviço de Prontuário do Paciente) - HU-UFSC, 2001.

TABELA III - Distribuição das faixas etárias entre os gêneros dos pacientes com 60 anos ou mais internados na Unidade de Pacientes em Observação da Emergência do HU-UFSC durante o ano de 2000.

FAIXA ETÁRIA	GÊNERO			
	Masculino	%	Feminino	%
60-69 anos	29	34,12	52	32,30
70-79 anos	41	48,24	61	37,89
80 ou mais	15	17,65	48	29,81
Total	85	100	161	100

Fonte: SPP (Serviço de Prontuário de Paciente) - HU-UFSC, 2001.

Quanto ao estado civil, 122 pacientes (49,6 %) eram viúvos, 88 (35,8%) eram casados ou mantinham união estável, 9 (3,7 %) eram separados ou divorciados e 7 (2,8 %) eram solteiros, sendo que 20 (8,1 %) pacientes não possuíam esse dado registrado em prontuário. Observou-se que entre as mulheres ,65,84 % eram viúvas e entre os homens, 61,18 % eram casados. (vide TABELAS IV e V)

TABELA IV - Distribuição por estado civil dos pacientes com 60 anos ou mais internados na Unidade de Pacientes em Observação da Emergência do HU-UFSC durante o ano de 2000.

ESTADO CIVIL	NÚMERO	%
Solteiros	7	2,8
Casados	88	35,8
Separados / Divorciados	9	3,7
Viúvos	122	49,6
Não informado	20	8,1
Total	246	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) - HU-UFSC, 2001.

TABELA V - Distribuição dos estados civis entre os gêneros dos pacientes com 60 anos ou mais internados na Unidade de Pacientes em Observação da Emergência do HU-UFSC durante o ano de 2000.

ESTADO CIVIL	GÊNERO			
	Masc.	%	Fem.	%
Solteiros	3	3,53	4	2,48
Casados	52	61,18	36	22,36
Separados/ Divorciados	6	7,06	3	1,86
Viúvos	16	18,82	106	65,84
Não inform.	8	9,41	12	7,45
Total	85	100	161	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) - HU-UFSC, 2001.

Das 246 internações, 167 (67,9 %) correspondiam a pacientes procedentes da ilha de Florianópolis, 65 (26,4 %) àqueles vindos de outros municípios pertencentes

ao estado de Santa Catarina, 12 (4,9 %) àqueles procedentes de Florianópolis – continente e apenas 2 (0,8 %) àqueles residentes em municípios fora do estado. (vide TABELA VI)

TABELA VI - Distribuição por procedência dos pacientes com 60 anos ou mais internados na Unidade de Pacientes em Observação do HU-UFSC durante o ano de 2000.

PROCEDÊNCIA	NÚMERO	%
Fpolis - ilha	167	67,9
Fpolis - continente	12	4,9
Outros municípios de SC	65	26,4
Municípios fora de SC	2	0,8
Não informado	0	0
Total	246	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) - HU-UFSC, 2001.

Dentre os paciente pesquisados, observou-se que 78,5 % eram aposentados. (vide TABELA VII)

TABELA VII - Distribuição de aposentados entre os pacientes com 60 anos ou mais internados na Unidade de Pacientes em Observação do HU-UFSC durante o ano de 2000.

APOSENTADO	NÚMERO	%
Sim	193	78,5
Não	35	14,2
Não informado	18	7,3
Total	246	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) - HU-UFSC, 2001.

4.2.Diagnóstico(s) final(is) quando da saída da Emergência:

O número de diagnósticos apresentados a cada internação variou de 1 a 5, sendo que em 144 (58,5 %) internações foi identificado apenas 1 diagnóstico, em 69 (28,1 %) identificaram-se 2 diagnósticos, em 25 (10,2 %) 3 diagnósticos, em 6 (2,4 %) 4 diagnósticos e em 2 (0,8 %) internações 5 diagnósticos. (vide figura 1)

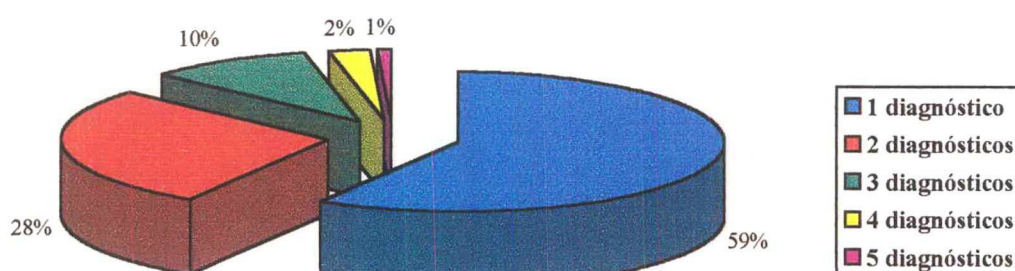


Figura 1: Número de diagnósticos encontrados por internação.

Agrupando-se as doenças encontradas entre os sistemas orgânicos acometidos, observou-se que aquelas pertencentes ao aparelho cardiovascular foram responsáveis por 30,15 % dos diagnósticos que motivaram as internações, seguidas pelas doenças respiratórias (18,04 %), doenças renais e do trato genitourinário (14,69 %), doenças do trato gastrointestinal (11,60 %) e doenças endócrino-metabólicas (9,02 %). (vide TABELA VIII)

Para analisar dados demográficos, como gênero e faixa etária, relacionados a doenças associadas, utilizou-se procedimento de Análise de Correspondência Múltipla. Porém não se observou um padrão de associação.

TABELA VIII – Distribuição dos diagnósticos segundo sistemas orgânicos acometidos.

DOENÇAS	NÚMERO	%
Cardiovasculares	117	30,15
Respiratórias	70	18,04
Renais/Genitourinárias	57	14,69
Gastrointestinais	45	11,60
Endócrino-metabólicas	35	9,02
Dermatológicas	29	7,47
Hematológicas	17	4,38
Neurológicas	8	2,06
Osteoarticulares	4	1,03
Miscelânea	6	1,55
Total	388	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente)- HU-UFSC, 2001.

As tabelas IX, X, XI, XII e XII referem-se à distribuição dos diagnósticos registrados dentre cada um dos cinco principais sistemas acometidos.

TABELA IX – Distribuição dos diagnósticos entre as doenças cardiovasculares.

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	%
Doença Cerebrovascular	31	26,50
ICC	21	17,95
DAC	19	16,24
EAP	11	9,40
Arritmias	11	9,40
HAS	5	4,27
Insuficiência arterial	5	4,27
periférica		
TVP	4	3,42
Gangrena	3	2,56
Miscelânea	7	5,98
Total	117	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) – HU-UFSC, 2001.

TABELA X – Distribuição dos diagnósticos entre as doenças respiratórias.

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	%
Infecção das VAI	53	75,71
DPOC	7	10
Derrame pleural	3	4,28
Insuficiência respiratória	3	4,28
Cor pulmonale	3	4,28
TEP	1	1,43
Total	70	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) – HU-UFSC, 2001.

TABELA XI – Distribuição dos diagnósticos entre as doenças renais ou do trato genitourinário.

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	%
ITU	34	59,65
Disfunção renal	13	22,81
Insuficiência renal	6	10,53
Miscelânea	4	7,02
Total	57	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) – HU-UFSC, 2001.

TABELA XII – Distribuição dos diagnósticos entre as doenças do trato gastrointestinal.

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	%
Hemorragia digestiva	18	40
Encefalopatia hepática	6	13,33
Diarréia	5	11,11
Neoplasias	4	8,89
Dor abdominal	3	6,67
Massa abdominal	2	4,44
Miscelânea	7	15,55
Total	45	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) – HU-UFSC, 2001.

TABELA XIII – Distribuição dos diagnósticos entre as doenças endócrino-metabólicas.

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	%
Diabetes mellitus	18	51,43
Pé diabético	6	17,14
Distúrbios eletrolíticos	5	14,28
Hipoglicemia	3	8,57
Miscelânea	3	8,57
Total	35	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) – HU-UFSC, 2001.

4.3. Comorbidades:

Dos 246 pacientes internados, 36 (14,6 %) não possuíam registro de alguma comorbidade, 68 (27,6%) possuíam apenas 1, 68 (27,6%) apresentavam 2, 50 (20,3%) com 3, 16 (6,6%) com 4, 5 pacientes (2,0%)com 5 e 3 (1,3%) com 6 comorbidades. (vide figura 2)

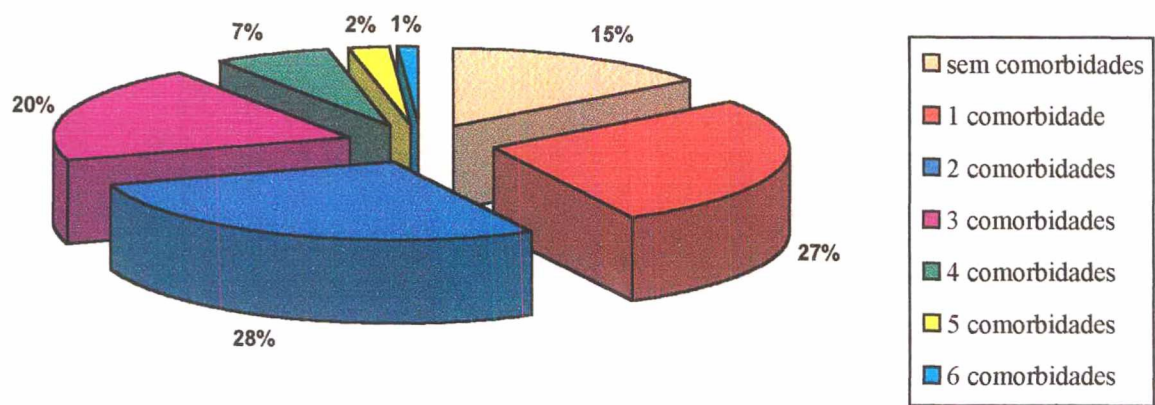


Figura 2 – Distribuição do número de comorbidades entre os pacientes internados.

Das comorbidades referidas, as doenças cardiovasculares estavam presentes em 59,78 % dos casos, seguidas pelas doenças endócrino-metabólicas. (vide TABELA XIV)

TABELA XIV – Distribuição das comorbidades entre os sistemas orgânicos acometidos.

DOENÇAS	NÚMERO	%
Cardiovasculares	275	59,78
Endócrino-metabólicas	88	19,13
Gastrointestinais	31	6,74
Respiratórias	22	4,78
Renais/Genitourinárias	18	3,91
Neurológicas	11	2,39
Osteoarticulares	8	1,74
Hematológicas	7	1,52
Total	460	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) – HU-UFSC, 2001.

As tabelas XV e XVI referem-se à distribuição das comorbidades registradas dentre os dois principais sistemas acometidos.

TABELA XV – Distribuição das comorbidades entre as doenças cardiovasculares.

COMORBIDADE	NÚMERO	%
HAS	126	45,82
AVC	38	13,82
ICC	36	13,09
DAC	33	12
Arritmias	15	5,45
Outras cardiopatias	14	5,09
Insuficiência arterial	11	4
periférica		
Miscelânea	2	0,73
Total	275	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) – HU – UFSC, 2001.

TABELA XVI – Distribuição das comorbidades entre as doenças endócrino-metabólicas.

COMORBIDADE	NÚMERO	%
Diabetes mellitus	69	78,41
Dislipidemia	9	10,23
Hipotireoidismo	6	6,82
Miscelânea	4	4,54
Total	88	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) – HU-UFSC, 2001.

4.4. Destino dos pacientes:

Das 246 internações, em 144 (58,54 %) os pacientes foram transferidos para internação nas enfermarias do Hospital Universitário (HU), em 84 (34,15 %) os pacientes receberam alta hospitalar, 8 (3,25 %) pacientes foram a óbito, em 2 (0,81 %) internações os pacientes necessitaram de internação na UTI do HU, em 6 (2,44 %) os pacientes foram transferidos para outro hospital e em 2 (0,81 %) este dado não foi encontrado no prontuário. (vide TABELA XVII)

TABELA XVII - Destino dos pacientes com 60 anos ou mais internados na Unidade de Pacientes em Observação da Emergência do HU - UFSC durante o ano de 2000.

DESTINO	NÚMERO	%
Alta hospitalar	84	34,15
Enfermarias do HU	144	58,54
UTI do HU	2	0,81
Transferência para outros hospitais	6	2,44
Óbito	8	3,25
Não informado	2	0,81
Total	246	100

Fonte: SPP(Serviço de Prontuário do Paciente) - HU - UFSC, 2001.

Dos 8 pacientes que evoluíram para o óbito, 3 tiveram o diagnóstico de AVC, 2 de broncopneumonia, 2 de ITU associada a alterações da função renal e 1 teve o diagnóstico de hemorragia digestiva alta.

4.5. Acompanhamento ambulatorial:

Dos 246 pacientes internados, 134 (54,5 %) realizavam acompanhamento ambulatorial prévio no Hospital Universitário, 108 (43,9 %) não realizavam e em 4 (1,6 %) pacientes esta informação não estava presente no prontuário.

5. DISCUSSÃO

5.1.Dados demográficos e sócio-econômicos:

Assim como predomina para a faixa etária de 60 anos ou mais na população brasileira o gênero feminino (73,2 % X 65,5 %)¹⁰, este teve maior representatividade entre os pacientes internados na Unidade de Pacientes em Observação da Emergência do Hospital Universitário. A predominância das mulheres nas idades mais avançadas é consequência da discrepância crescente das taxas de mortalidade de homens e de mulheres, isto é, um aumento no excedente de mortalidade masculina em relação à mortalidade feminina em todas as idades.¹⁰ Contudo, a maior representatividade do gênero feminino observada neste trabalho não pode ser justificada apenas por sua preponderância na população idosa, uma vez que as mulheres contaram neste trabalho com uma porcentagem quase duas vezes maior que a encontrada para os homens. Um fator que poderia justificar, pelo menos em parte , este resultado, seria a diferença de atitude em relação às doenças entre homens e mulheres, sendo que essas têm, de um modo geral, mais consciência de seus sintomas, têm melhor conhecimento das doenças e fazem uso mais constante dos serviços de saúde do que os homens.¹⁰

Em um estudo de perfil de idosos internados no Hospital Universitário da Universidade Estadual do Rio de Janeiro em 1998 ¹¹, a maioria dos pacientes (41,83 %) tinha idade entre 70 e 79 anos. Nesse estudo, 41,46% dos idosos enquadravam-se nessa faixa etária, o que demonstra concordância com a literatura citada.

Relacionando-se as faixas etárias com os gêneros, observou-se que a predominante tanto em homens quanto em mulheres permaneceu sendo a de 70 a 79 anos. Porém, a menor porcentagem dessa faixa etária entre as mulheres (37,89 %) em comparação com os homens (48,24 %) deve-se a uma maior porcentagem daquelas entre os pacientes de 80 anos ou mais (29,81% X 17,65%), uma vez que as porcentagens na faixa etária de 60 a 69 anos foram bastante semelhantes para os dois gêneros (34,12% dos homens X 32,30% das mulheres). Esse maior número de mulheres com 80 anos ou mais em relação aos homens, provavelmente deve-se a maior expectativa de vida do gênero feminino.¹⁰

Em estudos epidemiológicos realizados na Argentina em 1990¹² e em um estudo comparativo no Brasil, Colômbia, El Salvador, Jamaica e Venezuela em 1993¹³, observou-se um predomínio do grupo de casados entre os homens enquanto entre as mulheres predominaram as viúvas. Nesse estudo, ao analisarmos mulheres e homens separadamente, percebemos que o grupo predominante entre elas foi o das viúvas (65,84%), enquanto entre os homens predominaram os casados (61,18%), o que se assemelha aos dados encontrados na literatura. Como nesse estudo as mulheres estão presentes em maior número que os homens, o número absoluto de mulheres viúvas sobrepõem-se ao de homens casados, o que torna predominante na população total estudada o grupo de viúvos, que corresponde a 49,6 % dos pacientes. Somando os pacientes viúvos aos solteiros e separados ou divorciados, obtém-se uma porcentagem de 56,1 %. Este achado pode ser reflexo da grande proporção de pessoas idosas que vivem sós.¹⁴ Estudos sugerem que a companhia é um fator positivo para o prolongamento da vida na idade avançada.^{15,16} No entanto, não se pode pressupor, nesse trabalho, que o fato de ser viúvo, solteiro ou separado implique em viver só. O ideal seria ter o conhecimento de se esses idosos vivem sozinhos, com familiares ou outros

cuidadores, porém este foi um dado ausente na grande maioria das histórias de internação.

Com relação a procedência dos pacientes estudados, observou-se que a maioria dos pacientes (67,9 %), eram provenientes da ilha de Florianópolis, enquanto apenas 4,9 % residiam na parte continental da cidade. Isto provavelmente ocorreu por existirem outros hospitais de mais rápido acesso aos moradores da parte continental. Os pacientes de outros municípios do estado de Santa Catarina foram responsáveis por 26,4 % das internações, talvez pelo fato de ser o Hospital Universitário referência para outras regiões do estado.

Dentre os idosos internados, 78,5% eram aposentados, o que acaba por refletir o número aumentado de pessoas economicamente inativas e dependentes.

5.2. Diagnóstico (s) final (is) quando da saída da Emergência:

No estudo realizado por Schwartz ¹⁷, os principais diagnósticos encontrados em uma Emergência Geriátrica foram doença cardíaca isquêmica (14,4%), trauma (8,3%), pneumonia (7,7%), ICC (7,3%) e doença obstrutiva das vias aéreas (4,4%).

Ciccone A, Allegra JR et al, ⁶ encontraram as doenças cardiovasculares como as principais motivadoras de internações entre os idosos em um *emergency department* (departamento de emergência), agrupando 29,1% dos diagnósticos. As doenças respiratórias foram as segundas mais prevalentes, com 10,5 % dos diagnósticos. Dentre as doenças cardiovasculares, os diagnósticos mais encontrados foram dor torácica não especificada (7,3%), arritmias cardíacas (5,0%), insuficiência cardíaca (4,6%) e síncope (4,3%). Dentre as desordens respiratórias, os diagnósticos mais verificados foram dispnéia e anormalidades respiratórias (3,5 %), pneumonia (2,9%) e obstrução crônica das vias aéreas (2,2%).

Hampton JR e Gray A ¹⁸ observaram que doenças cardiovasculares estavam presentes em 40% dos pacientes admitidos em uma enfermaria.

No trabalho de Lim,KH e Yap,KB,²⁰ duas doenças cardiovasculares (ICC e doença cardíaca isquêmica) estavam presentes entre as cinco principais causas de internação.

As três doenças mais observadas em um *department emergency* (departamento de emergência) em uma metrópole asiática ¹⁹ foram AVC (6,6%), neoplasias (5,6%) e doença cardiovascular (5,6%).

Em um levantamento feito no Hospital Universitário da Universidade Estadual do Rio de Janeiro,¹¹ os principais diagnósticos de internação estavam entre as doenças cardiovasculares (30, 5%), seguidas por patologias oftalmológicas e otorrinolaringológicas (17,6 %), doenças do trato genito-urinário (13,2 %), neoplasias e doenças do trato gastrointestinal com 9,9 % cada e pneumopatias com 4,8 %.

Em um estudo da mortalidade e das internações na população brasileira entre os anos de 1995 e 1997,²¹ as doenças dos aparelhos circulatório e respiratório corresponderam a cerca de metade das internações hospitalares.

No presente estudo, as doenças cardiovasculares em conjunto foram as principais responsáveis pelas internações de idosos na unidade estudada, com 30,15 % do total de diagnósticos, fato que encontra concordância na grande maioria das referências acima citadas. Entre os três principais diagnósticos cardiovasculares estavam doença cerebrovascular, ICC e DAC , lembrando que nos estudos de Schwartz ¹⁷ e Lim,KH e Yap, KB ²⁰, esses dois últimos diagnósticos figuravam entre as cinco principais causas de internação e que no trabalho de Ciccone A et al ⁶, ICC era o terceiro principal diagnóstico entre as doenças cardiovasculares. Um fato observado neste trabalho que encontrou concordância no estudo de Hu, SC e Yen,D ¹⁹, mas não nas demais referências pesquisadas, foi a elevada

prevalência de doenças cerebrovasculares entre a população estudada. Em nossa casuística, talvez isso guarde relação com a alta prevalência de HAS observada entre as comorbidades, porém não foram realizados testes de associação para comprovação desse argumento.

A confirmação de que o grupo de doenças cardiovasculares é também em nosso meio o principal responsável pelas internações em idosos, adquire importância no sentido de estarmos mais voltados para a compensação desses quadros crônicos. Além dessas doenças serem incomparavelmente mais comuns em idosos que nos jovens, os pacientes de idade avançada diferem no que diz respeito a todos os aspectos importantes dessas síndromes e processos mórbidos. Ocorrem manifestações clínicas mais atípicas, os achados laboratoriais são mais difíceis de interpretar e as complicações e a mortalidade aumentam muito. Essas diferenças entre jovens e idosos estão relacionadas não apenas com a comorbidade, mas também com o próprio processo de envelhecimento. Medidas preventivas, incluindo exercícios físicos, estimulação mental, medidas para evitar a depressão, uma boa nutrição e abstinência do uso de tabaco são úteis para retardar ou melhorar algumas das conseqüências do envelhecimento e possibilitar, aos pacientes, tolerar melhor uma doença cardiovascular depois que esta se manifesta. Essas medidas simples e de baixo nível tecnológico devem ser utilizadas de maneira mais persuasiva por médicos e outros membros da equipe de profissionais de saúde que cuidam de pacientes idosos. Além disso, cabe atentar ao custo crescente trazido pelos pacientes com doença cardíaca mais grave, gerado por hospitalizações mais freqüentes e procedimentos cardíacos invasivos.²²

O segundo sistema mais acometido foi o respiratório, concordando com o estudo de Ciccone et al⁶, onde esse também foi o segundo mais prevalente. A grande expressividade do sistema respiratório observada no presente trabalho deveu-se às custas basicamente das infecções das VAI, que perfizeram 75,71% das

doenças relacionadas a esse sistema. Tal fato assume especial importância, uma vez que entre idosos as pneumonias têm maior probabilidade de seguir um curso complicado em comparação com grupos etários mais jovens. As defesas pulmonares no idoso estão comprometidas pelos defeitos na depuração mecânica e na imunidade relacionados com a idade, bem como pelos efeitos cumulativos das doenças crônicas e seus tratamentos. Sendo assim, o reconhecimento e tratamento precoces de uma pneumonia propiciarão uma melhor esperança de evitar a morbidade e mortalidade neste segmento altamente vulnerável da população.²³

Observou-se que as neoplasias não estiveram presentes entre os diagnósticos de internação; provavelmente isso possa ter ocorrido pelo fato de existirem na cidade hospitais de referência para essas doenças, que são Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) e hospital do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON)

5.3. Comorbidades:

Em um levantamento realizado no Hospital Universitário da Universidade Estadual do Rio de Janeiro ¹¹, as doenças cardiovasculares foram o principal grupo de comorbidades referidas (68,4 % do total), seguidas pelo grupo das patologias endócrino-metabólicas (12,7 % do total).

No estudo realizado por Ramos ²⁴ na cidade de São Paulo as mais freqüentes morbidades encontradas foram: hipertensão (36 %), artrites (32 %), varizes (28 %) e doenças cardíacas (23 %).

Martins, MA ²⁵ encontrou como morbidades referidas mais freqüentes em sua pesquisa com os pacientes idosos que freqüentam os ambulatórios de Clínica Médica do Hospital Universitário da UFSC, HAS e problemas de coluna, presentes em 60,5% dos pacientes, seguido de doenças circulatórias (56,5%), doenças

reumáticas (52,5%), problemas visuais (44,5%) e doenças gastrointestinais (43,6%).

No presente trabalho, as doenças cardiovasculares foram as mais prevalentes entre as comorbidades registradas, demonstrando concordância com a literatura.^{11, 24,25} Hipertensão apareceu em 45,82% dos diagnósticos pertencentes a esse grupo de doenças, sendo a mais comum entre os idosos estudados. Sabe-se que hipertensão é o mais importante fator de risco de eventos cardiovasculares em idosos²² e que AVC, ICC e infarto do miocárdio ocorrem menos freqüentemente em pacientes devidamente tratados para HAS.²⁶ As patologias endócrino-metabólicas, assim como no estudo de Motta LB, Novaes RHL et al¹¹, formaram o segundo grupo de comorbidades mais prevalentes. A grande expressividade desse grupo deveu-se basicamente à presença de diabetes mellitus, que contribuiu com quase 80 % dos diagnósticos do grupo.

No trabalho de Martins, MA²⁵ todos os pacientes tinham pelo menos um problema de saúde, tendo um predomínio dos pacientes com 4, 7 e 8 morbidades associadas, enquanto neste trabalho 14,6 % dos pacientes não referiram outras doenças, exceto aquelas que motivaram a internação, tendo um predomínio de 1, 2 e 3 morbidades associadas aos diagnósticos de internação. A diferença observada entre o número de comorbidades encontradas nos dois trabalhos provavelmente encontre explicação na diferença de ambientes em que foram realizados. O referido trabalho constitui-se de um questionário aplicado a idosos que aguardavam consulta ambulatorial, enquanto no presente trabalho os dados foram coletados das histórias de internação em uma unidade da Emergência. Desse modo, o menor número de morbidades associadas que se encontrou neste trabalho pode ser o reflexo de uma anamnese mais direcionada ao problema atual do paciente, onde são questionados principalmente doenças que constituem fator de risco para outras doenças, como HAS e diabetes mellitus. Esse fato talvez possa ser também explicação para o baixo

índice de doenças osteoarticulares observadas neste trabalho, que se sabe serem prevalentes entre os idosos.²⁷

Entre os idosos ocorrem muitos casos nos quais os problemas médicos conhecidos constituem apenas uma pequena parcela dos problemas existentes, que permanecem submersos, ocultos e não diagnosticados, o que foi cunhado como fenômeno do iceberg.²⁸ Os médicos esperam identificar um único diagnóstico, mas de fato muitos pacientes têm mais de um problema médico. Os indivíduos parecem acumular doenças com o avançar da idade. Médicos que cuidam de idosos estão bem cientes que múltiplos diagnósticos coexistindo constituem regra e não a exceção.²⁹

5.4.Destino dos pacientes:

Lim, KH e Yap, KB¹⁸ observaram em seu estudo que 60,6 % dos idosos receberam alta após passagem pelo *emergency department* (departamento de emergência) e apenas um (0,6 %) foi à óbito.

Neste estudo mais de 50% dos idosos acabaram sendo transferidos para as enfermarias do HU, o que coincide com o perfil da Unidade de Pacientes em Observação descrito na metodologia deste trabalho, demonstrando que a Emergência tornou-se uma porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde.

Em um levantamento realizado no Rio de Janeiro¹¹, 6,4 % dos idosos internados foram à óbito, sendo que as patologias mais associadas a essa evolução foram as doenças cardiovasculares (42,1%) e neoplasias (31,6%). No presente trabalho 3,25 % dos pacientes evoluíram para o óbito, sendo também aqui as doenças cardiovasculares as mais relacionadas, perfazendo 37,5% dos óbitos.

5.5. Acompanhamento ambulatorial:

Observou-se neste trabalho que apenas 54,5 % dos idosos internados realizavam acompanhamento nos ambulatórios do HU, o que demonstra que um número significativo de pacientes (43,9%) que procuram a Emergência do HU não são usuários habituais dos seus serviços ou ainda que muitos pacientes idosos não realizam consultas médicas periódicas , embora exista a possibilidade de realizarem acompanhamento em outras instituições, uma vez que tal informação não constava nos prontuários pesquisados.

6. CONCLUSÕES:

Os idosos que internaram na “Unidade de Pacientes em Observação” da Emergência do HU – UFSC durante o ano de 2000 são predominantemente mulheres viúvas, com faixa etária entre 70 e 79 anos, aposentados e procedentes da ilha de Florianópolis. As principais doenças motivadoras de internações são as doenças cardiovasculares, seguidas pelas doenças respiratórias infecciosas. Entre as principais comorbidades registradas também estão os distúrbios cardiovasculares, seguidos pelas doenças endócrino-metabólicas. A maioria dos pacientes foram transferidos para as enfermarias do hospital. Pouco mais da metade dos pacientes realizavam acompanhamento ambulatorial no HU previamente à internação.

A análise do padrão de uso de uma unidade de Emergência pelos idosos tem implicações óbvias na organização de um sistema de saúde. Sendo assim, o conhecimento das doenças mais prevalentes entre esses pacientes que procuram o serviço de emergência pode auxiliar os médicos a estarem melhor preparados para o manejo destas, bem como se tornarem mais concentrados em sua prevenção.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q* 1971; 49:509-38.
2. Cançado FAX. Epidemiologia do envelhecimento. In: *Noções práticas de geriatria*. Belo Horizonte: Coopmed Editora Health CR; 1994. P.15-43.
3. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elements for a theory of the health transition. *Health Transit Rev* 1991; 1(1):21-38.
4. Organización Panamericana de la Salud. Spa: Envejecimiento y salud: um cambio de paradigma. *Pan American Journal of Public Health* 2000; 7(1): 60-7.
5. Amendoeira MCR, Ramos AAM, Teixeira LS, Mutazzi E, Leibing A . O envelhecimento e as mudanças demográficas no Brasil – aspectos subjetivos. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia* 2000; 4(1):21-7.
6. Ciccone A, Allegra JR, Cochrane DG, Cody RP, Roche LM. Age-related differences in diagnoses within the elderly population. *Am J Emerg Med* 1998; 16(1):43-8.
7. Souza-Leão S, Portela MC. O Idoso e o Sistema Único de Saúde. *Anais do XII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia* 2000; 1:57-8.
8. Castillo PA, Pousada L. Emergency services use by elderly individuals. *Clinics in Geriatric Medicine* 1993; 9(3):491-7.
9. Baum AS, Rubenstein LZ. Old people in emergency room: age-related differences in emergency department use and care. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35(5):398-404.

10. Veras PR. País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 1º ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ; 1994. P.23-50.
11. Motta LB, Novaes RHL, Resende EV. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. Anais do XII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia 2000; 1:35-6.
12. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Anciano em Argentina. Documento técnico n. 29. Washington, D.C.: 1990.
13. Pérez EL et al. Análisis comparativo del envejecimiento en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica y Venezuela. Organización Panamericana de la Salud. Cuaderno técnico n. 38. Washington D.C.:1993.
14. Berquo ES, Motta VL. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. Ciência e Cultura 1988; 40(7):679-88.
15. Myers GC, Nathanson CA. Ageing and the family. World Health Statistic 1982;35(3/4):225-38.
16. Foster D, Klinger-Vartabedian L, Wispe L. Male longevity and age differences between spouses. Journal of Gerontology 1984; 39(1):189-198.
17. Schwartz GR. Geriatric Emergency Medicine. In: Bosker G, Schwartz GR. Geriatric Emergency Medicine. St Louis: Mosby Year Book; 1990. P.3-8.
18. Hampton JR, Gray A . The future of general medicine: lessons from na admissions ward. J R Coll Physicians Lond 1998; 32(1):39-43.
19. Hu SC, Yen D. Elderly use of the ED in an asian metropolis. Am J Emerg Med 1999; 17(1):95-9.
20. Lim KH, Yap KB. The presentation of elderly people at na emergency department. Singapore Med J 1999; 40(12): 742-4.
21. Costa MFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e

- das internações hospitalares públicas. Anais do XII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia 2000; 1:74.
22. Gottlieb CF et al. Clínicas Cardiológicas da América da América do Norte: Doença cardiovascular no idoso. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 1999.
 23. Niederman MS et al. Clínicas Médicas da América do Norte: Pneumonia: patogenia, diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Interlivros Edições; 1994.
 24. Ramos JAS. Assistência domiciliar: vivência de uma conquista serviço hospitalar. No envelhecimento o que queremos? Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Trontis editorial; 1999.
 25. Martins MA . Um estudo do perfil dos idosos usuários do ambulatório de clínica médica do Hospital Universitário, Florianópolis, 1999.[Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. 56p.
 26. Hansson L, Lindholm LH, Ekblom T, et al. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity. The Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2 study. Lancet 1999; 354:1751-6.
 27. Lourenço RA, Sanchez MAS. Morbidade auto-referida em uma unidade de avaliação geriátrica. Anais do XII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia 2000; 1:38-9.
 28. Guimarães RM. O que é Geriatria. In: Guimarães RM, Cunha UGV. Sinais e Sintomas em Geriatria. Rio de Janeiro: Revinter; 1989. P. 1-5.
 29. Caplan LR. Multiple Potential Risks for Stroke. JAMA 2000; 283(11):1479-80.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi digitado de acordo com as normas da resolução número 003/00 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade de Santa Catarina.

RESUMO

Considerando o evidente crescimento do grupo de indivíduos idosos na população e a importante repercussão deste fenômeno sobre a organização dos serviços de saúde, conhece-se pouco sobre o comportamento desses pacientes em unidades de emergência. Com o objetivo de caracterizar o uso da “Unidade de Pacientes em Observação” da Emergência do Hospital Universitário – UFSC pela população idosa durante o ano de 2000, realizou-se um estudo retrospectivo, transversal do tipo descritivo onde foram analisadas 246 internações de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, analisando-se dados demográficos e sócio-econômicos referentes a esses pacientes, diagnósticos de internação, comorbidades e destino após saída da Unidade. Concluiu-se que a maioria dos pacientes são mulheres viúvas, com faixa etária entre 70 e 79 anos, aposentados e procedentes da ilha de Florianópolis. Os principais diagnósticos correspondem a doenças cardiovasculares, tendo maior expressividade entre essas os acidentes vasculares cerebrais (31%), insuficiência cardíaca congestiva (21%), doença arterial coronariana (19%), edema agudo de pulmão e arritmias (11% cada). As principais comorbidades também estão entre os distúrbios cardiovasculares, onde hipertensão arterial sistêmica contribui com 45,82% dos casos. A maioria dos pacientes (58,54%) foi transferida para as enfermarias do hospital e 54,5% são usuários habituais do hospital, onde realizam acompanhamento ambulatorial. O conhecimento das doenças que fazem o idoso procurar uma Emergência auxiliará os médicos do serviço a prover melhores cuidados a esses pacientes.

SUMMARY

Considering the evident growth of elderly population and the important repercussion of this phenomenon about the organization of the health services, little is known about the behaviour of these patients in the emergency units. With the purpose of characterizing the use of “Unidade de Pacientes em Observação” of the Emergency of the Hospital Universitário – UFSC by the elderly people during the year 2000, it was realized a retrospective, transversal descriptive study where it was analyzed 246 admissions of the patients who are at age of 60 or over, analyzing demographic and social-economic data which refer to these patients, diagnoses of the admission, comorbidities and destiny after leaving the unit. Sum up, most of the patients are widow women in the age group between 70 and 79, retired and living in the island of Florianópolis. The main diagnoses correspond to cardiovascular diseases, among them the most expressive are the cerebrovascular accident (31%), congestive heart failure (21%), ischaemic heart disease (19%), acute pulmonary edema and arrhythmias (11% each). The main comorbidities are also among the cardiovascular diseases, where the essential hypertension contributes with 45,82 % of the cases. Most of the patients (58,54%) were transferred to the hospital ward and 54,5 % are users of the hospital, where it realizes visits in the ambulatory. The Knowledge of the diseases which made the elderly patients to visit an emergency that will help the physicians of the service to provide better cares to these patients.

APÊNDICE 1

Universidade Federal de Santa Catarina

Questionário do projeto de pesquisa "Uso da Unidade de Pacientes em Observação da Emergência do Hospital
Universitário – UFSC pela População Idosa"

Pesquisadores: Dr. Vanir Cardoso

Acad. Nadyesda Diehl Brandão

Prontuário: _____

Nome: _____

Sexo: (M) (F)

Idade: _____

Estado Civil: (1) solteiro
(2) casado
(3) separado ou divorciado
(4) viúvo
(5) não consta

Aposentado: (1) S
(2) N
(3) não consta

Procedência: _____

Diagnóstico inicial na ocasião da saída da Emergência / Comorbidades:

Diagn. 1: _____
Diagn. 2: _____
Diagn. 3: _____
Diagn. 4: _____
Diagn. 5: _____
Diagn. 6: _____
Diagn. 7: _____
Diagn. 8: _____
Diagn. 9: _____
Diagn. 10: _____

Destino: (1) domicílio
(2) internação nas enfermarias do HU
(3) internação na UTI / HU
(4) transferência para outro hospital
(5) óbito
(6) não consta

Acompanhamento ambulatorial prévio no HU: (1) S
(2) N
(3) não consta

APÊNDICE 2

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado

PROJETO 029/2001: “Uso da unidade de pacientes em observação da emergência do Hospital Universitário – UFSC pela população idosa”.

Pesquisador responsável: Vanir Cardoso

Objetivo: “levantamento dos principais motivos de internação em nível de urgência ou emergência na população idosa atendida na emergência do HU-UFSC no ano de 2000”, com a finalidade de elaborar, a partir destes dados, um plano de assistência dirigido ao idoso.

Metodologia: estudo retrospectivo, transversal e descritivo, referente a pacientes idosos internados na Unidade de Pacientes em Observação da Emergência do Hospital Universitário – UFSC, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2000. Idoso com 60 anos ou mais. Serão excluídos os casos com menos de 24 horas de internação e aqueles que foram ao óbito em 24 horas de internação. Os dados dos prontuários serão obtidos preenchendo-se um protocolo, abrangendo dados demográficos (idade, sexo, estado civil, procedência), motivo de internação, comorbidades, destino do paciente e realização de acompanhamento ambulatorial prévio no HU ou não.

Parecer: a equipe proponente apresenta reconhecida experiência no tema apresentado e o projeto apresenta grande relevância social. Com o conhecimento dos casos de idosos que utilizam a unidade em estudo, é possível melhor atendê-los, em um local mais adequado a estes pacientes. Somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

Parecer do CEP SH:

- ☒ (x) aprovado
- ☐ () reprovado
- ☐ () com pendência (detalhes pendência)*
- ☐ () retirado
- ☐ () aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 23/04/2001.

Florianópolis, 23 de abril de 2001

Prof^a Márcia Margaret Menezes Pizzichini
Coordenadora

**TCC
UFSC
CM
0478**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0478

Autor: Brandão, Nadyesda

Título: Uso da "unidade de pacientes em



972811481

Ac. 253627

Ex.1 UFSC BSCCSM